MALADIE HÉMORROÏDAIRE

Dr. S. KORDJANI

2019-2020

introduction

- Tous le humains ont des hémorroïdes internes et externes.
- Rôle dans la continence fine .
- Motif très fréquent de consultation

  -généralistes

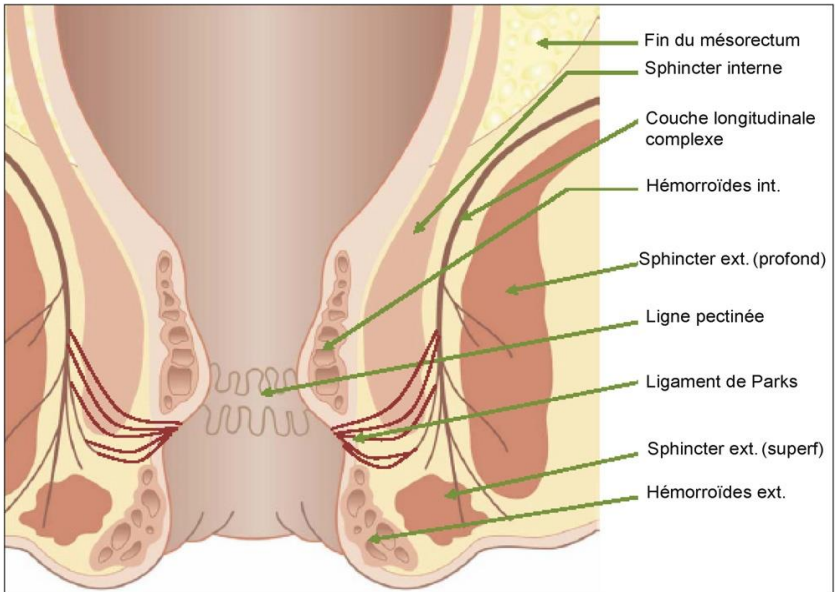
  -gastro-entérologues:20% des consultations.
- on peut penser que presque tout le monde a souffert ou souffrira de ses hémorroïdes au moins une fois dans sa vie

RAPPEL ANATOMIQUE

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales ; elles sont présentes chez le fœtus dès la 28^{e} semaine

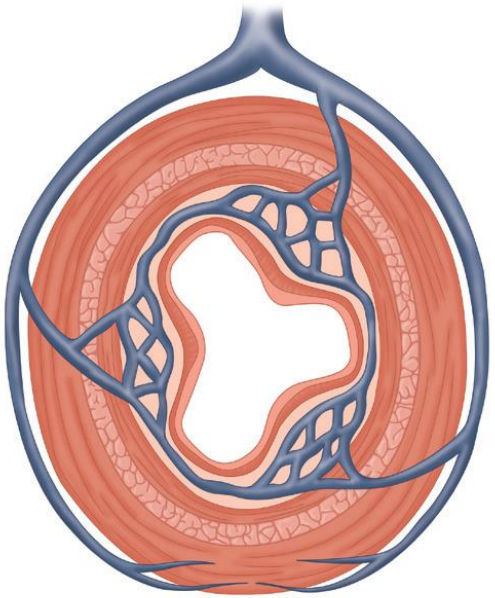
On distingue :

- Le réseau hémorroïdaire externe situé sous la ligne pectinée, sous la peau de la marge anale tributaire de l'artère pudendale (branche de l'artère rectale inferieure)
- Le réseau hémorroïdaire interne situé dans la partie haute du canal anal, au dessus de la ligne pectinée (l'artère rectale supérieure)

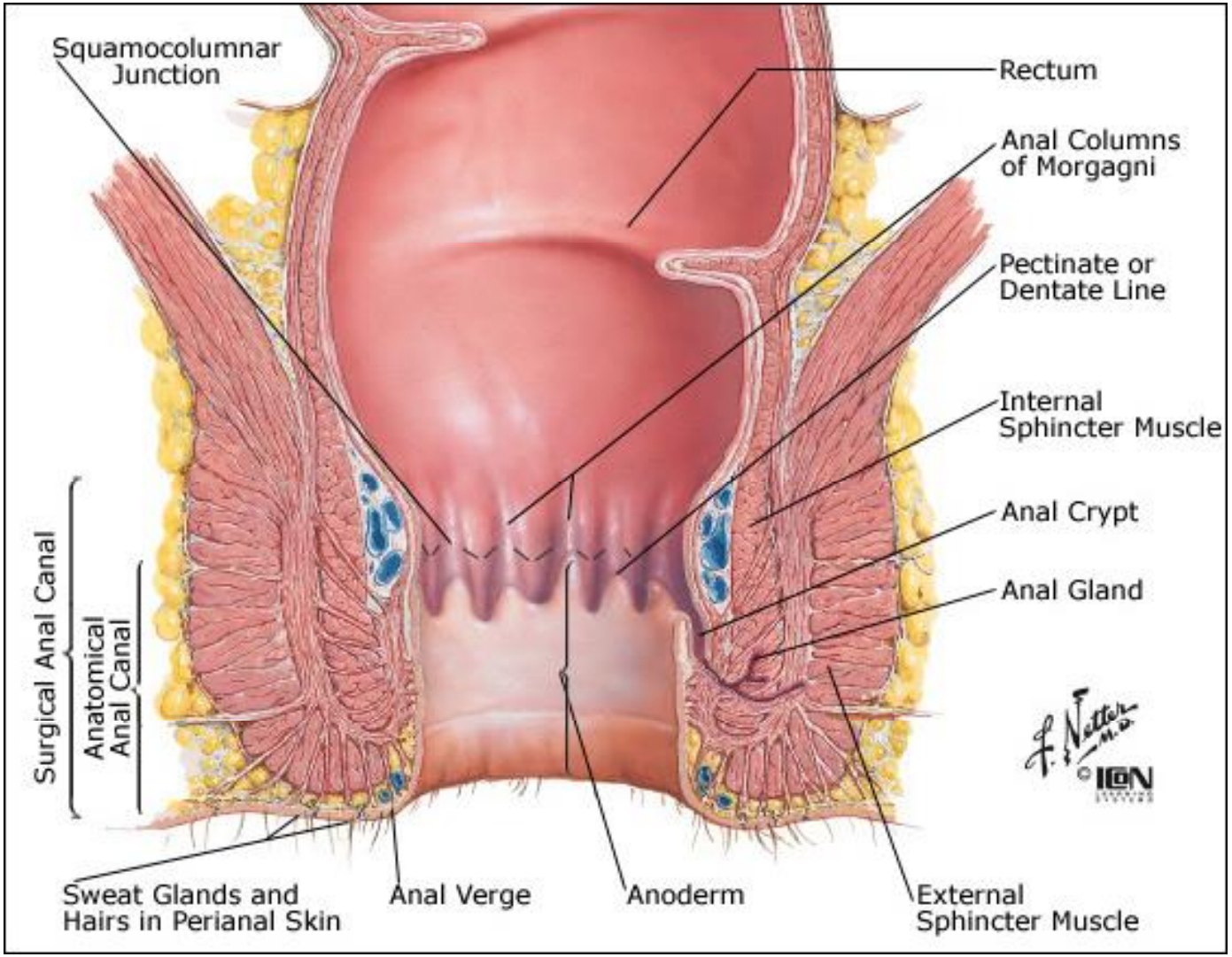


Elles sont généralement disposées en trois paquets hémorroïdaires correspondant aux trois branches de l'artère hémorroïdaire supérieure (antéro droite, gauche et postéro droite)

- Ces 03 paquets forment au niveau du canal anal des renflements = coussinets de Thomson
- Il existe de nombreuses variantes anatomiques individuelles
- Ce retour veineux se fait par les veines rectales supérieure, moyenne et inferieure vers la circulation porte, ⟶ veine cave inferieure



Anatomie normale



PHYSIOPATHOLOGIE

- Pathologie hémorroïdaire : à partir du moment où les hémorroïdes deviennent symptomatiques
- 02 théories : mécanique et vasculaire
    1. Altération du tissu conjonctif qui ancre les hémorroïdes au sphincter interne
    2. Hyper vascularisation artérielle et/ou altération du retour veineux?
    3. Il n'existe pas d'hypertrophie sphinctérienne

Facteurs favorisants (de risque):

- Troubles du transit, constipation ++,diarrhée
- Hypertonie du sphincter anal
- facteurs hormonaux :Grossesse : 3^{e} trimestre, accouchement et post partum immédiat
- Augmentation de la pression abdominale (tumeur pelvienne , ascite)
- Nouveau socio économique élevé, obésité
- Facteurs familiaux
- Facteurs alimentaires:épices;alcool
- Facteurs mécaniques: certains sports: l'équitation, le vélo, la moto

MALADIE HEMORROIDAIRE EXTERNE

Thrombose hémorroïdaire externe

- caillot dans une hémorroïde par rupture d'une veine dans un plexus hémorroïdaire.

- La seule manifestation des hémorroïdes externes

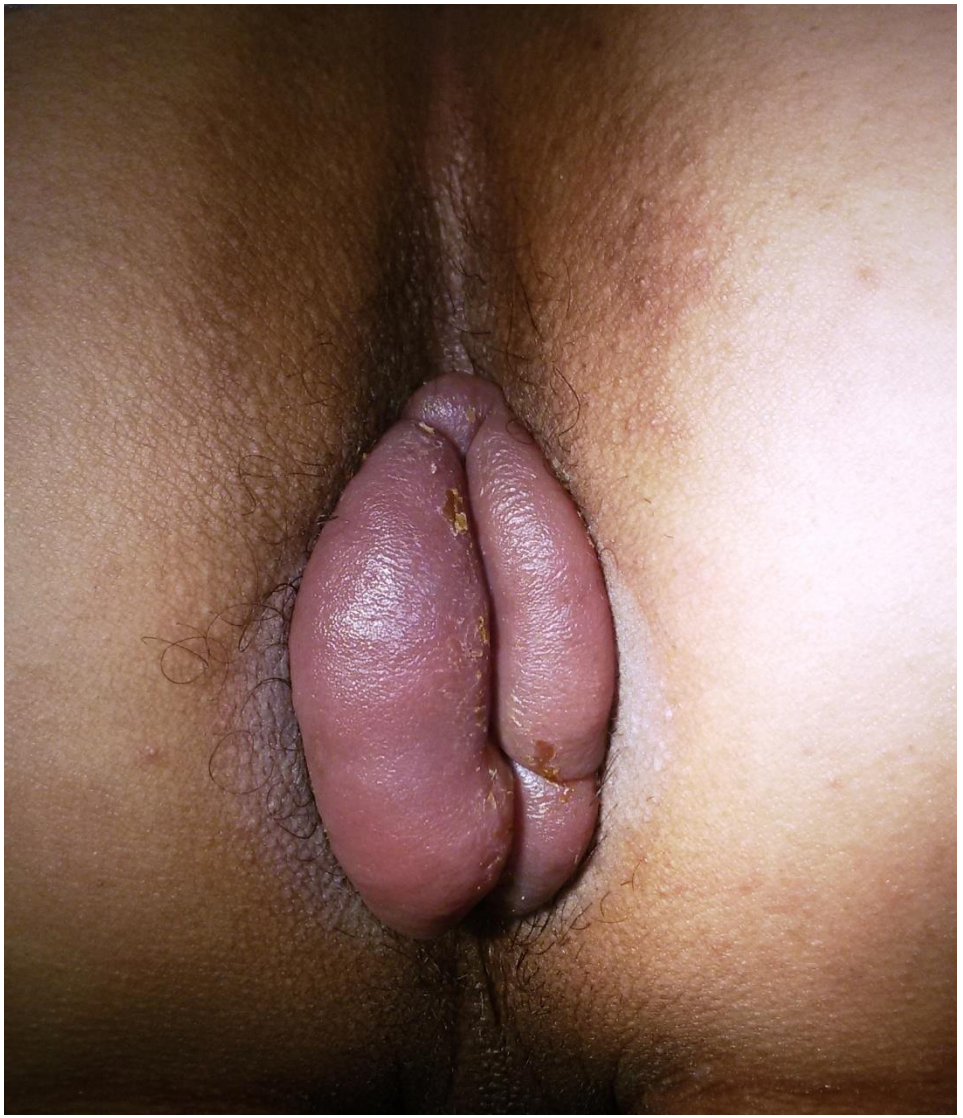
- périodes pré-menstruelles et menstruelles, grossesse et le post-partum.

- Petite tuméfaction le plus souvent unique, Bleutée, dure sous la peau, douloureuse, Permanente.

- Rarement: œdème et polythrombose.

Thrombose hémorroïdaire externe

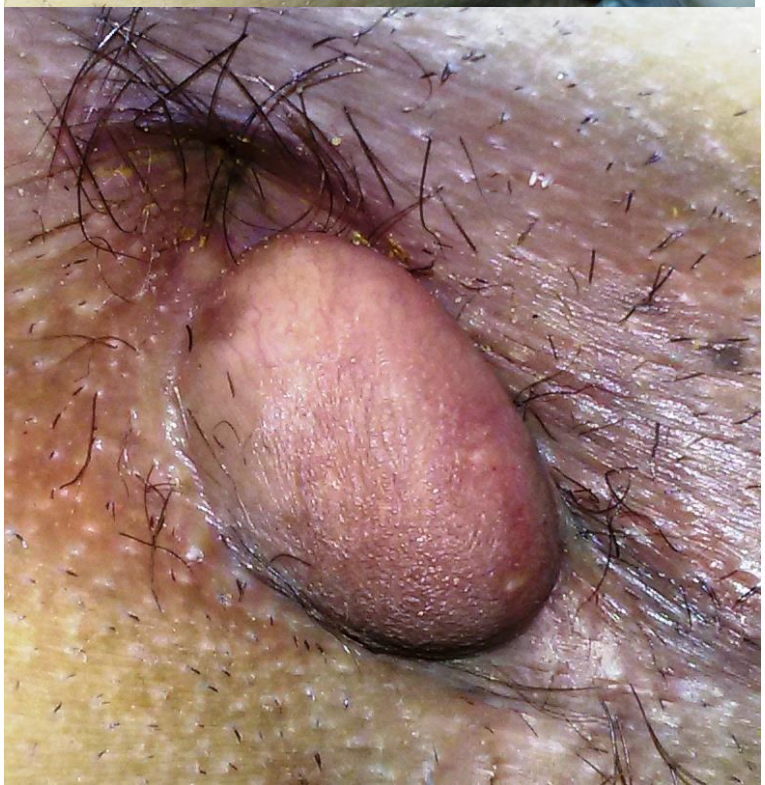
Thrombose hémorroïdaire externe



Grosse thrombose externe

Quelques diagnostics différentiels de la pathologie hémorroïdaire à évoquer de principe

Quelques diagnostics différentiels de la pathologie hémorroïdaire à évoquer de principe



EVOLUTION

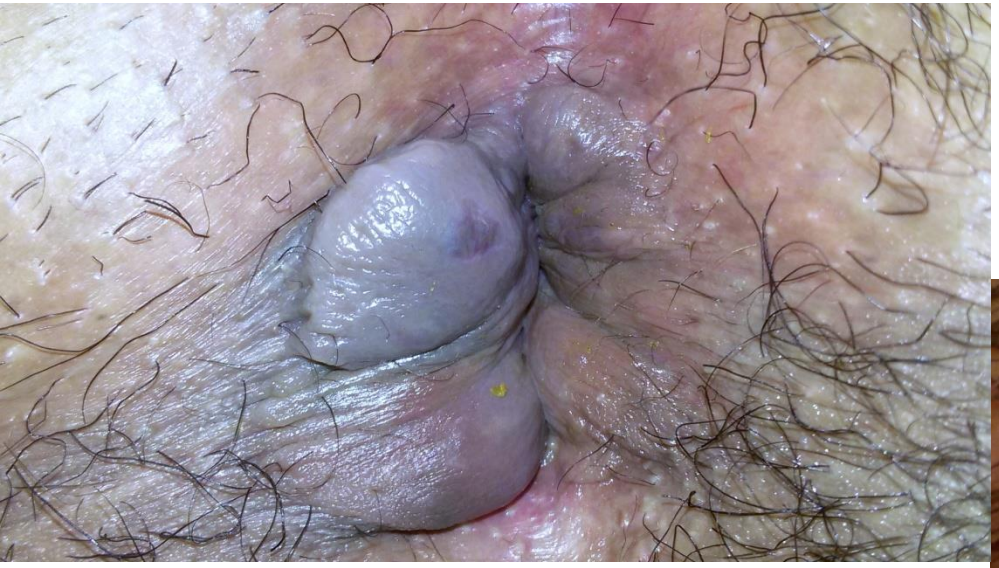
Evolutions possibles :

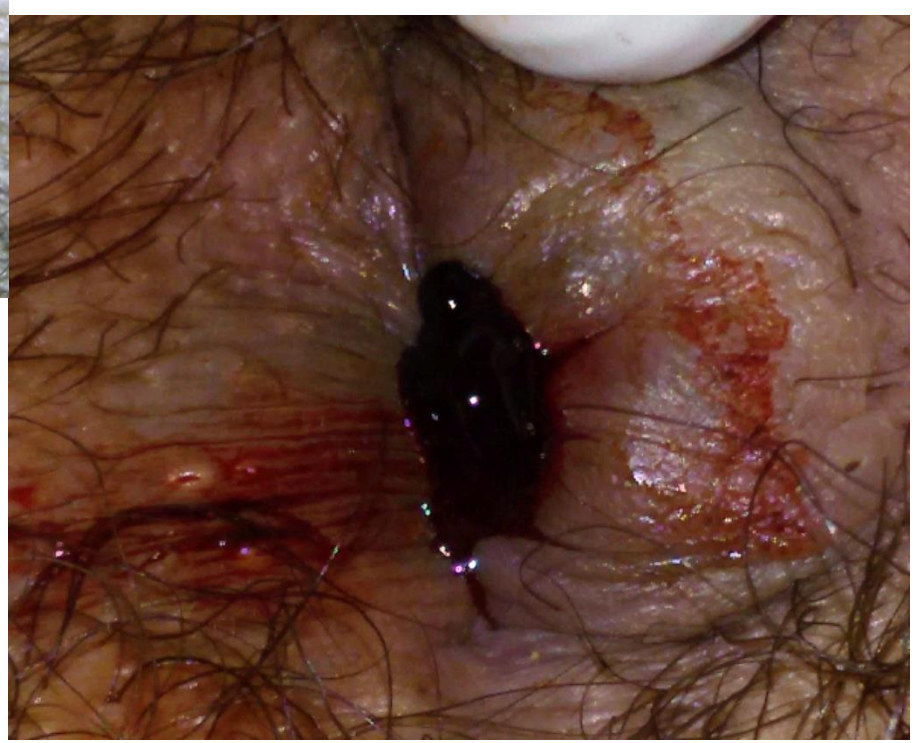
- Informer les patients des modes évolutifs possibles.

- Dans tous les cas et même en l'absence de traitement, la douleur cède en quelques jours.

EVOLUTION

- Guérison et restitution *ad integrum de l'aspect de la marge* anale.





- Évacuation spontanée d’un ou deux caillots à l’origine d’un saignement peu abondant puis cicatrisation.

EVOLUTION

Formation d’une marisque séquellaire.

Traitement

- AINS
- ANTALGIQUES
- CORTICOIDES
- VEINOTONIQUES
- TOPIQUES LOCAUX

- *PENDANT 8 à 10 jours*

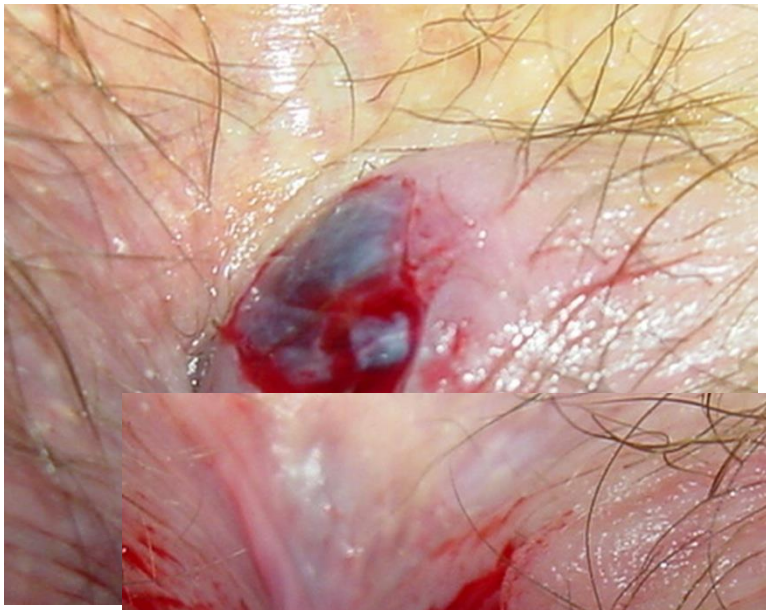
Traitement

- Hémorroïdes externes thrombosées; incision ou excision?

- **Seulement si thromboses externes, peu nombreuses, douloureuses et sans œdème**

Traitement

- En cas de thrombose hémorroïdaire externe :



Traitement

En cas de thrombose hémorroïdaire externe :

MALADIE HEMORROIDAIRE INTERNE

CLINIQUE

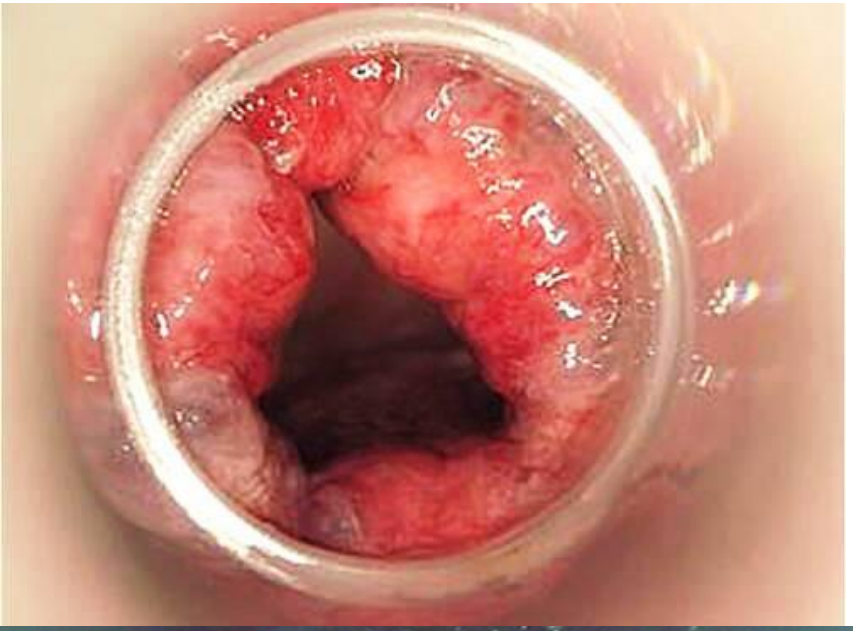
- Rectorragies
- Prolapsus hémorroïdaire interne extériorisé

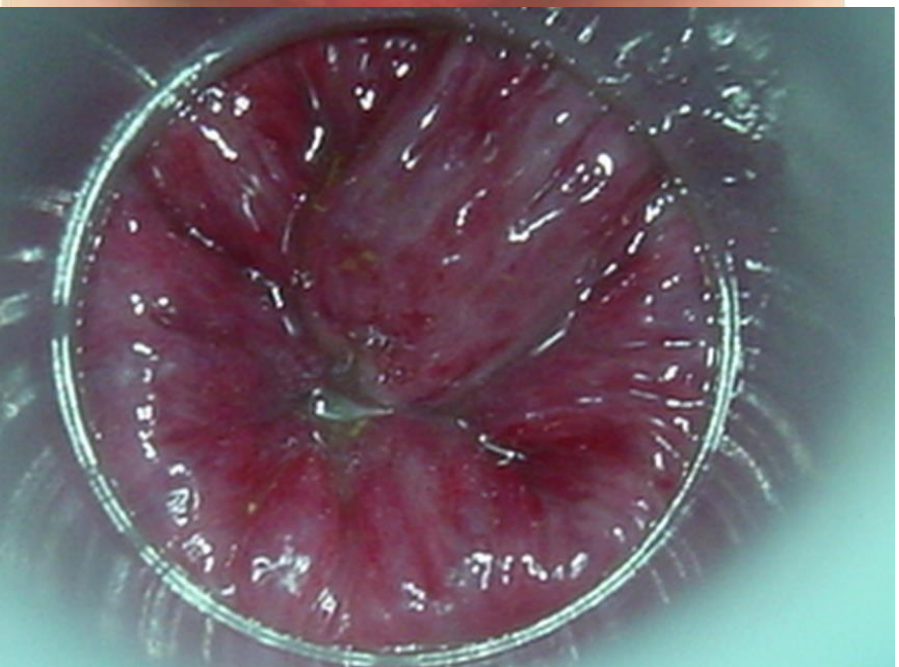
  -indolore
  -après la selle

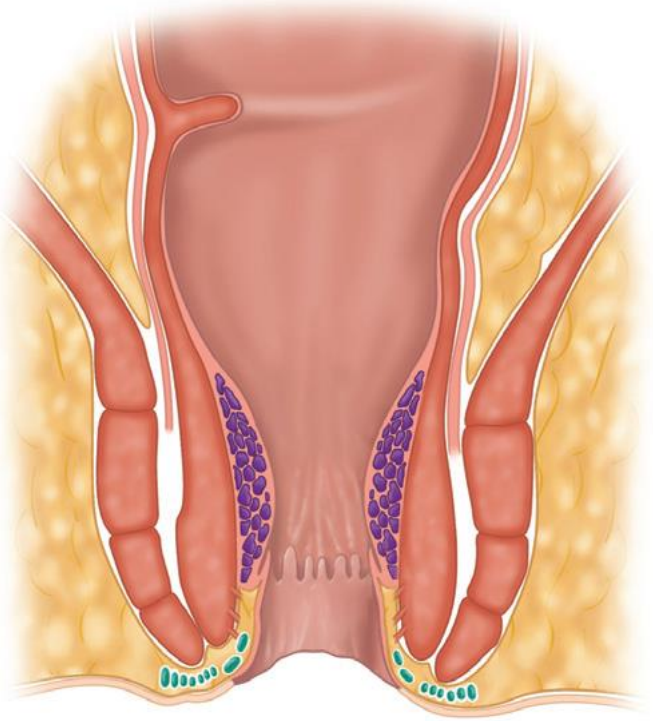
  } classé en 4 stades

- parfois douleur si prolapsus ulcéré ou thrombose interne
- Suintements: prolapsus permanent grade IV
- Prurit: prolapsus lichénifié.
- anémie

Hémorroïde interne grade 1 saignante

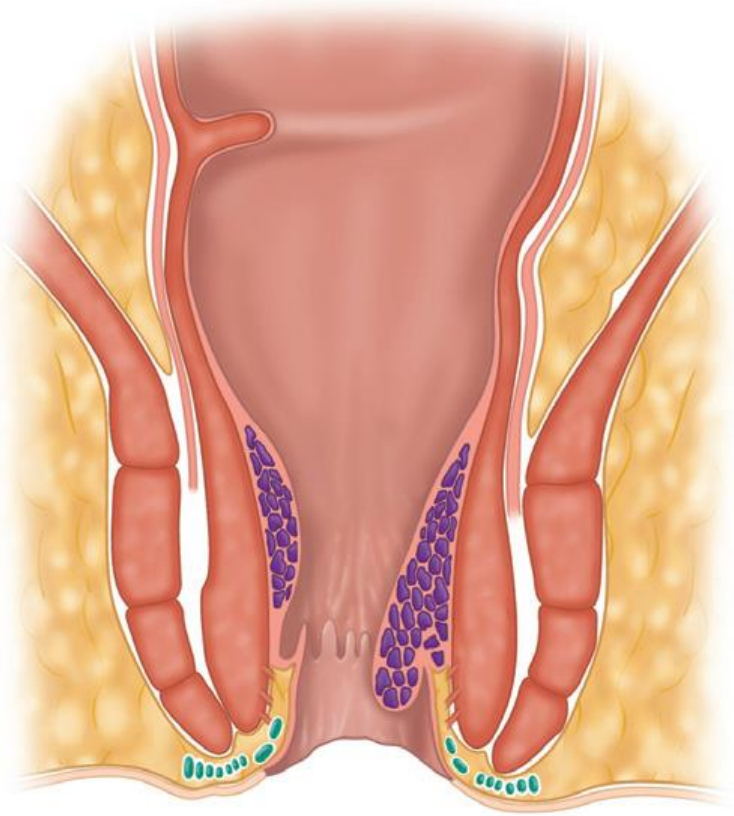


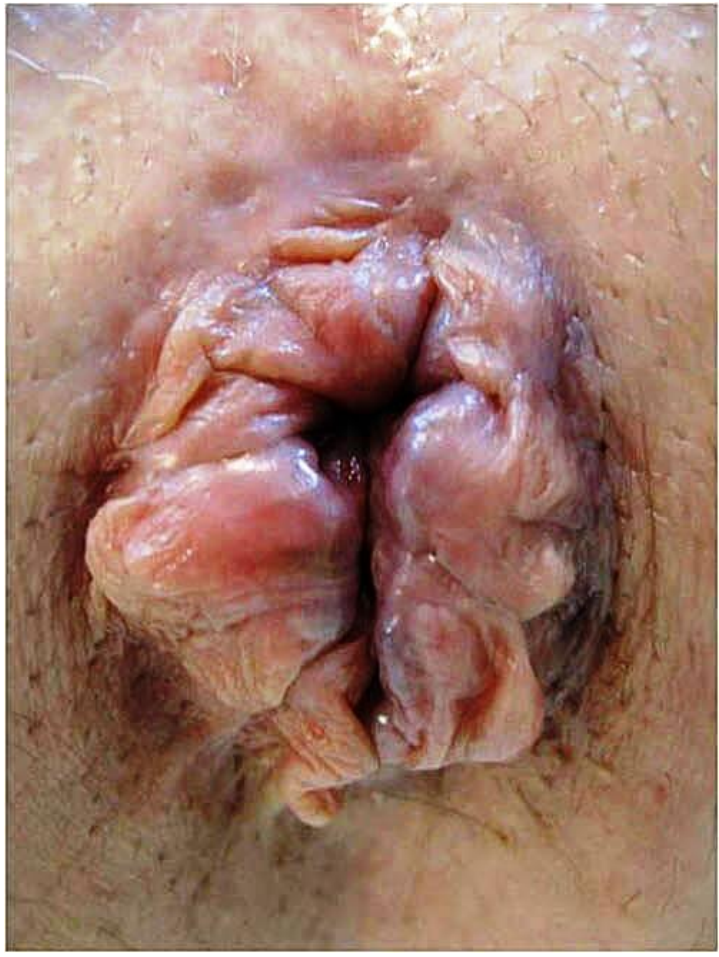




hémorroïdes congestives non prolabées

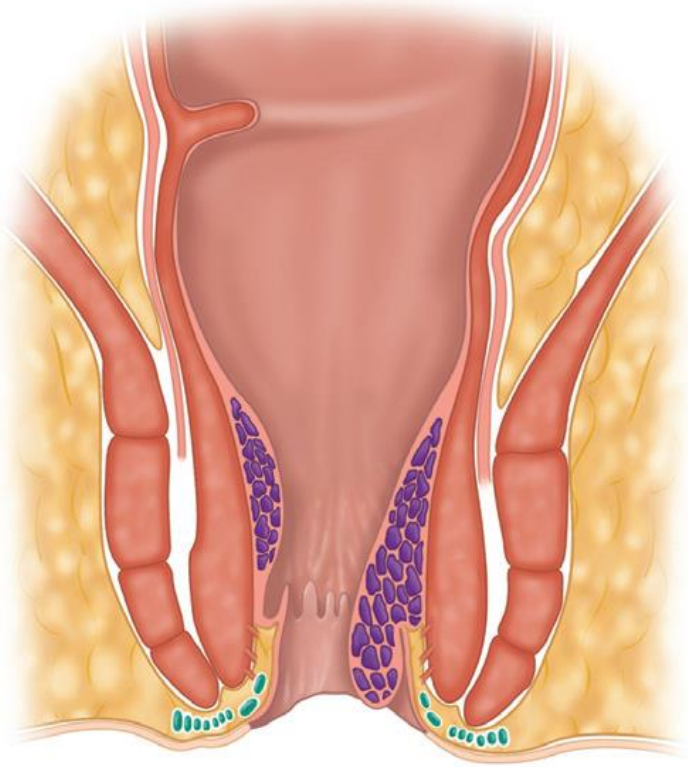
Marisques avec Hémorroïde grade 2

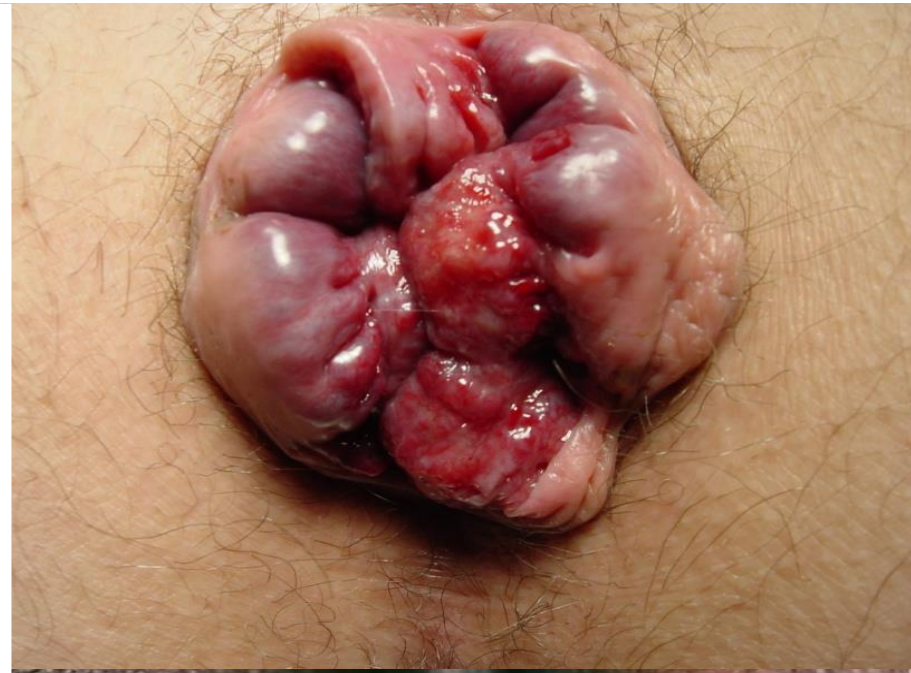




hémorroïdes se prolabant lors de la défécation et se réintégrant spontanément en fin de selles

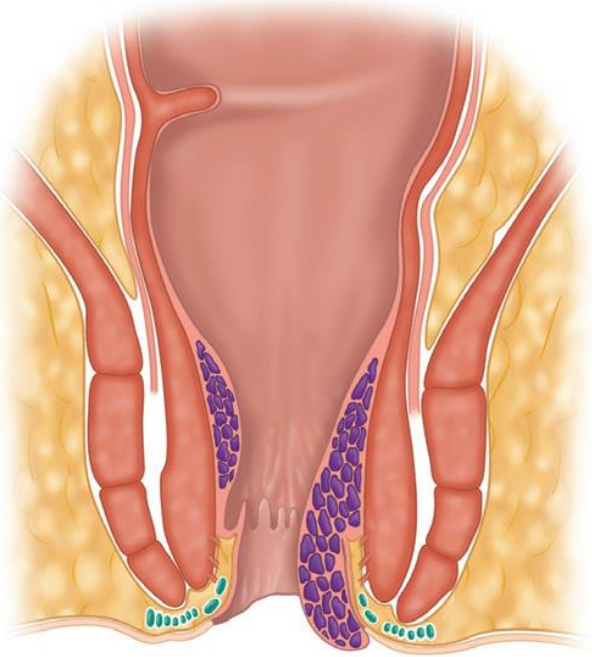
Prolapsus hémorroïdaire grade 3



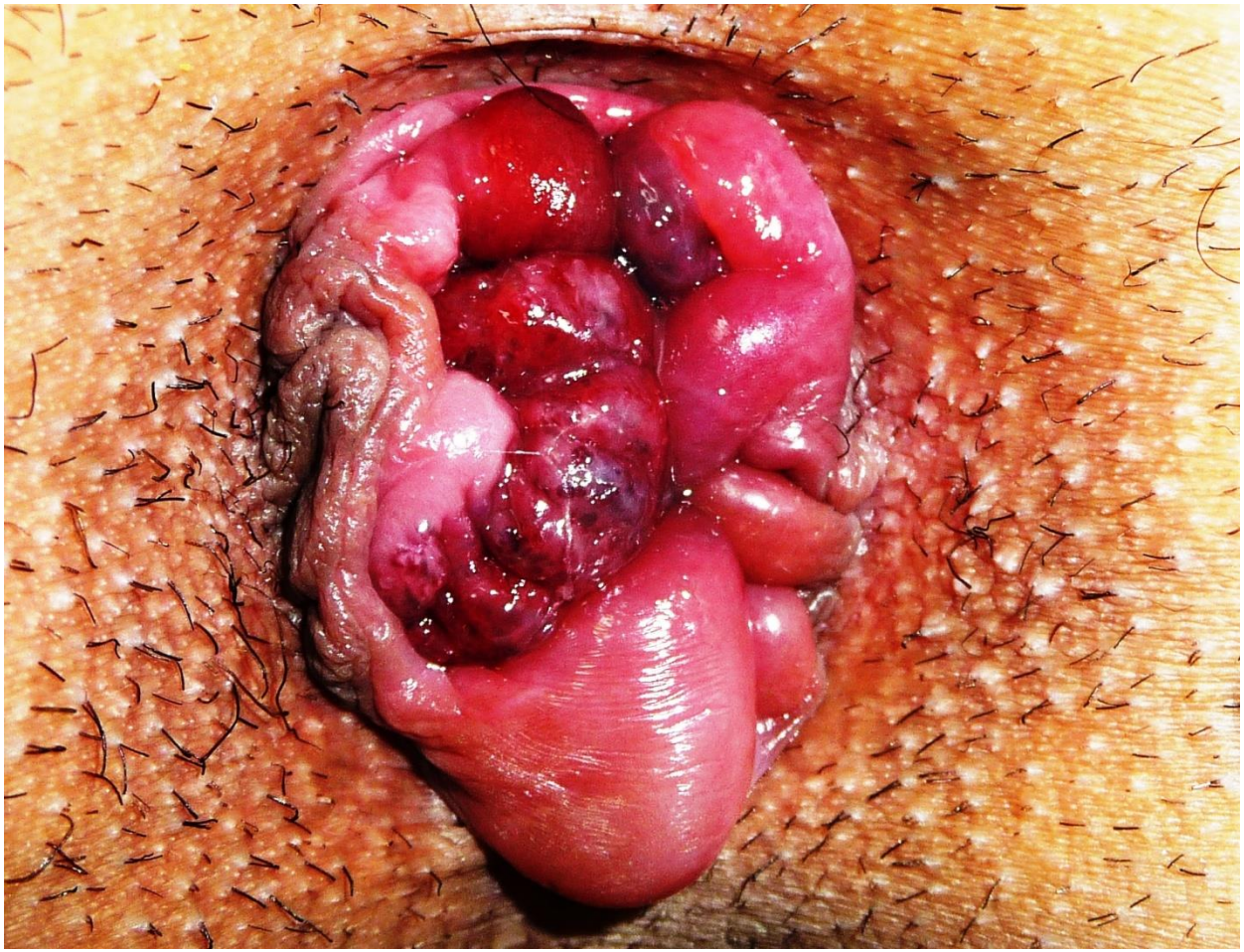


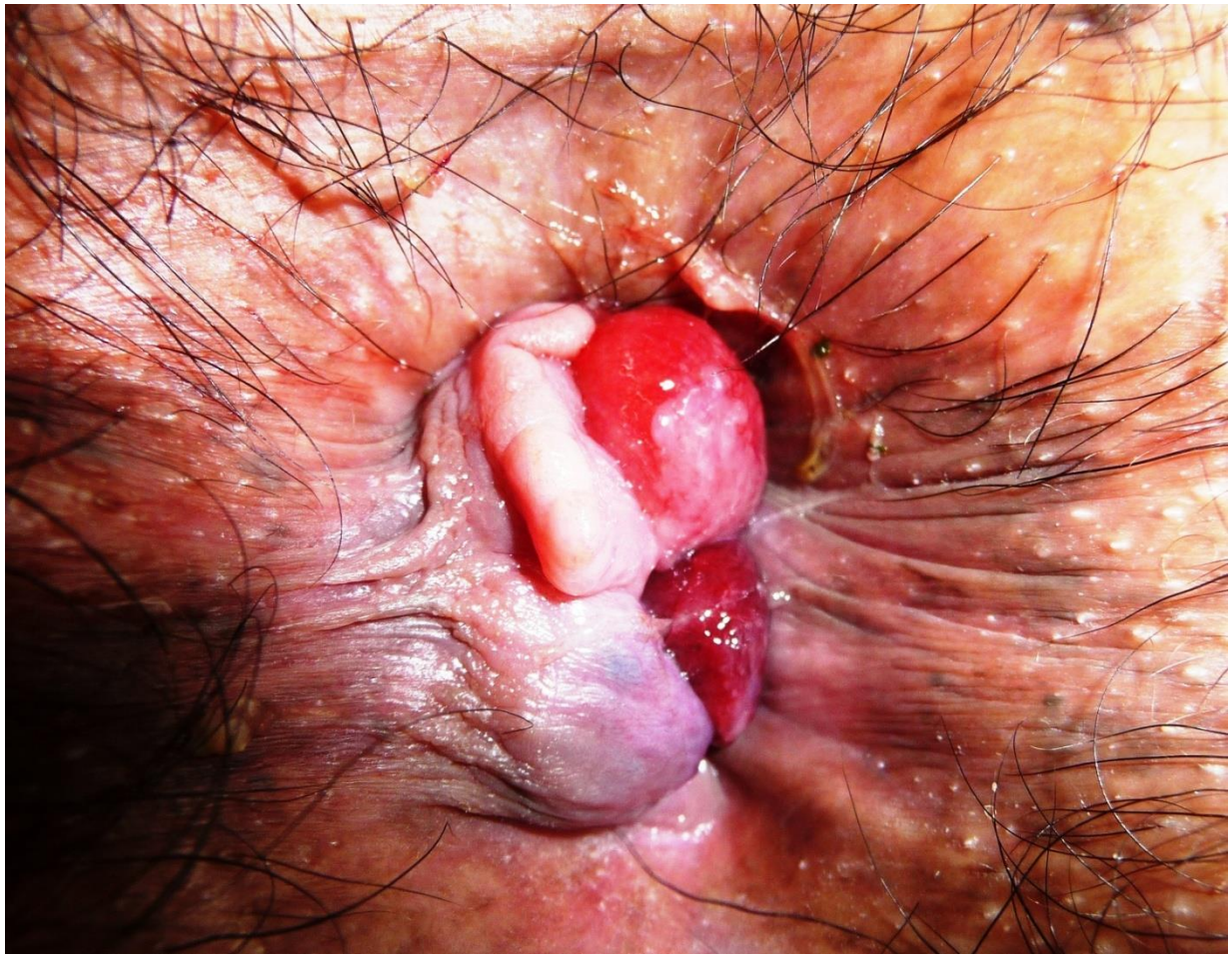
hémorroïdes se prolabant lors de la défécation et nécessitant une réintégration manuelle.

Prolapsus grade 4 avec marisques



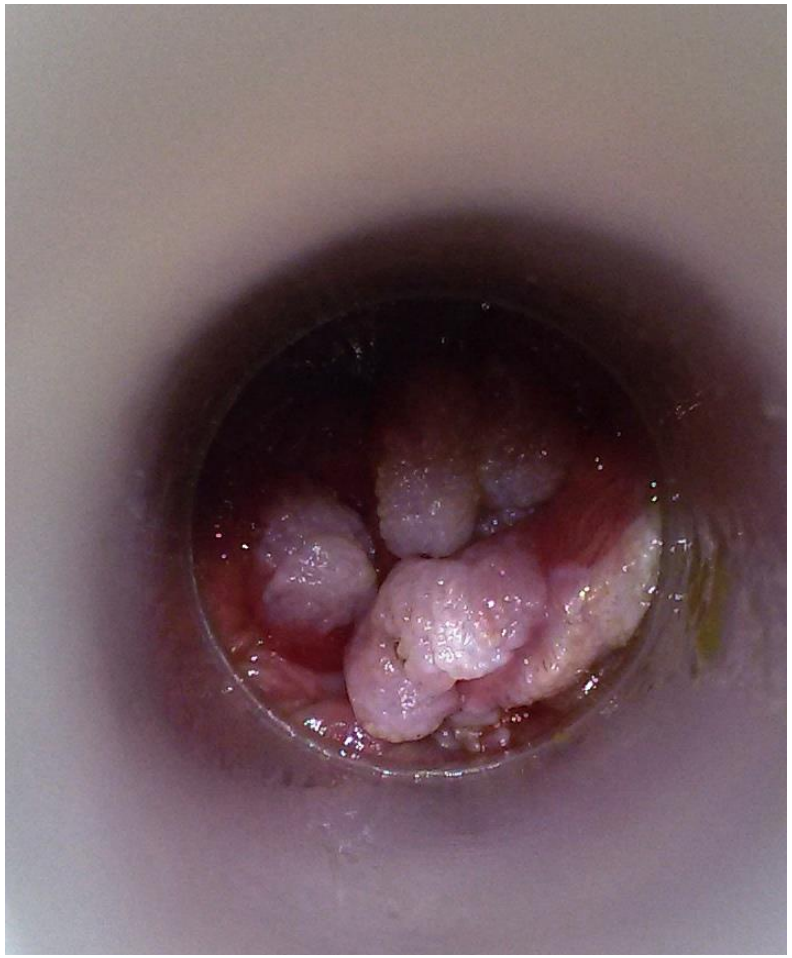
hémorroïdes prolabées spontanément en permanence, même si elles se réintégrer manuellement





Quelques diagnostics différentiels de la pathologie hémorroïdaire à évoquer de principe

Quelques diagnostics différentiels de la pathologie hémorroïdaire à évoquer de principe



Quelques diagnostics différentiels de la pathologie hémorroïdaire à évoquer de principe

TRAITEMENT

- Médical
- Instrumental
- chirurgical

OBJECTIF

- Le seul objectif doit être de traiter les symptômes une fois que les diagnostics différentiels ont été éliminés.

Traitements locaux

- Aucune recommandation pour:

-L’application de froid, bain de siège, et autres traitements exotiques…..

-Les laxatifs locaux doivent être évités durant les crises

Traitements locaux

- Suppositoires et crème:

Cicatrisants

Veinotoniques

Corticoïdes

Lidocaine

lubrifiants

Traitements systémiques

- Laxatifs
- Veinotoniques
- Anti-inflammatoire
- antalgiques

Traitements systémiques

- **Régulateurs de la défécation pour tous les symptômes hémorroïdaires** (aigus et chroniques) :

  fibres alimentaires

  laxatifs

  freinateurs de transit

  ➡ en prévention

Traitements systémiques

- Veinotoniques:

-utiles en cas de douleurs

-utiles en cas de saignements

-court terme

-pas d'efficacité supérieure avec les associations

-aucun bénéfice en prévention.

Traitements systémiques

- Anti-inflammatoires:

AINS: effets secondaires potentiels

CORTICOIDES (grossesse +allaitement)

Traitements systémiques

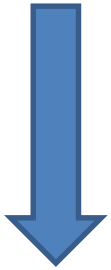
- Antalgiques

Paracétamol +/- tramadol

Douleurs (thromboses)

TRAITEMENT MEDICAL

SYMPTOMES AIGUS



Traitements topiques(suppositoires et crèmes)

Traitements oraux (Veinotoniques, antalgiques et AINS)

TRAITEMENT INSTRUMENTAL

- Hémorroïdes internes symptomatiques (rectorragies, prolapsus modéré)
- -Réalisation en consultation sans anesthésie
- -Principes communs aux différentes techniques:
  - -1-fibrose cicatricielle sus hémorroïdaire
  - -2-fixation au plan profond, réduction de la vascularisation
  - -3-réduction du volume hémorroïdaire (ligatures)

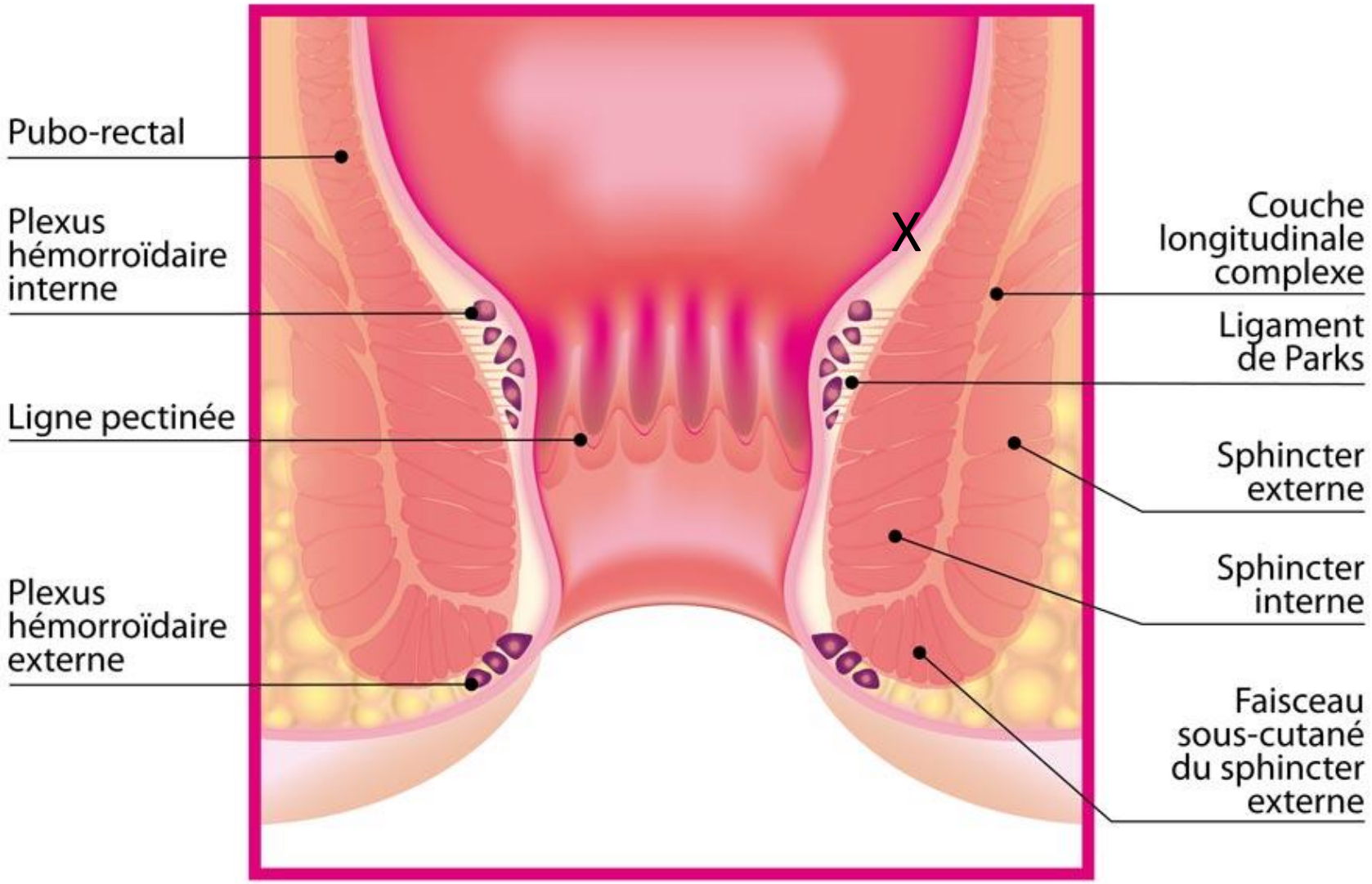
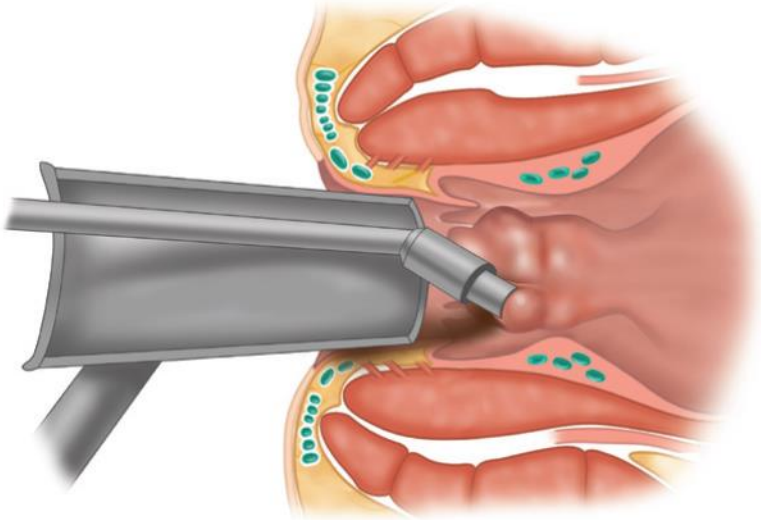
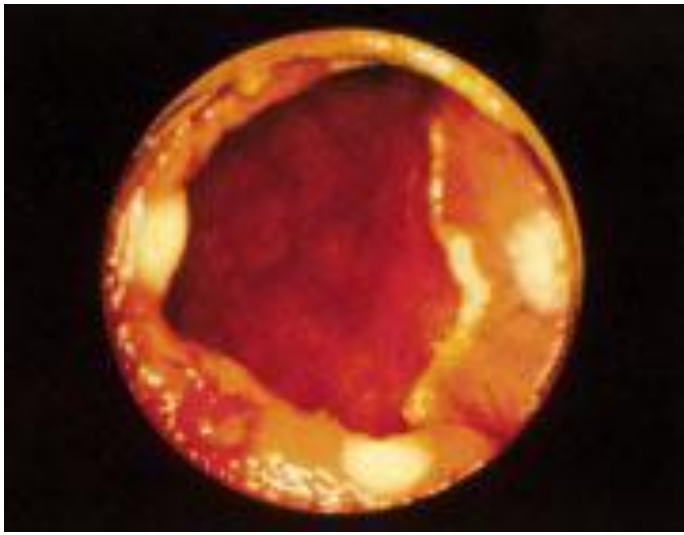
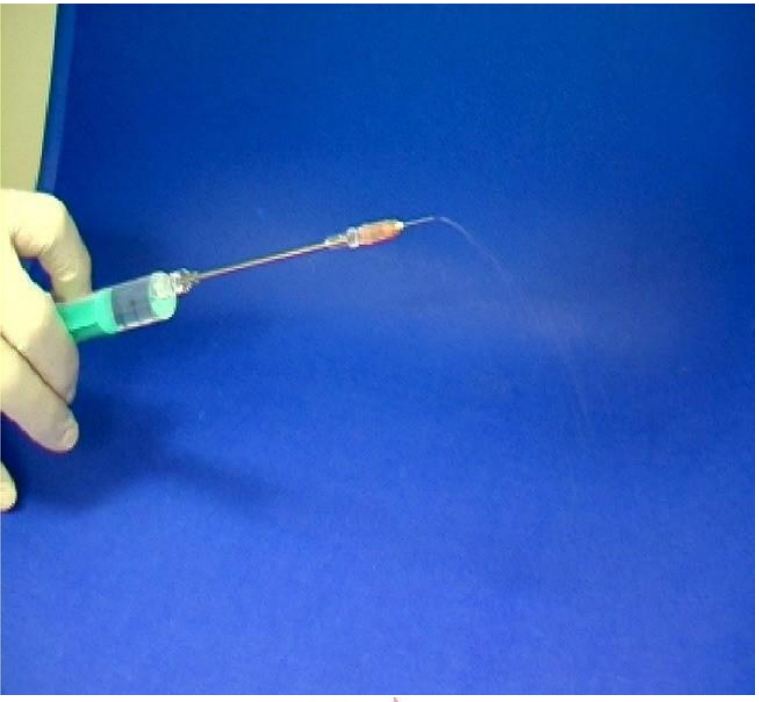
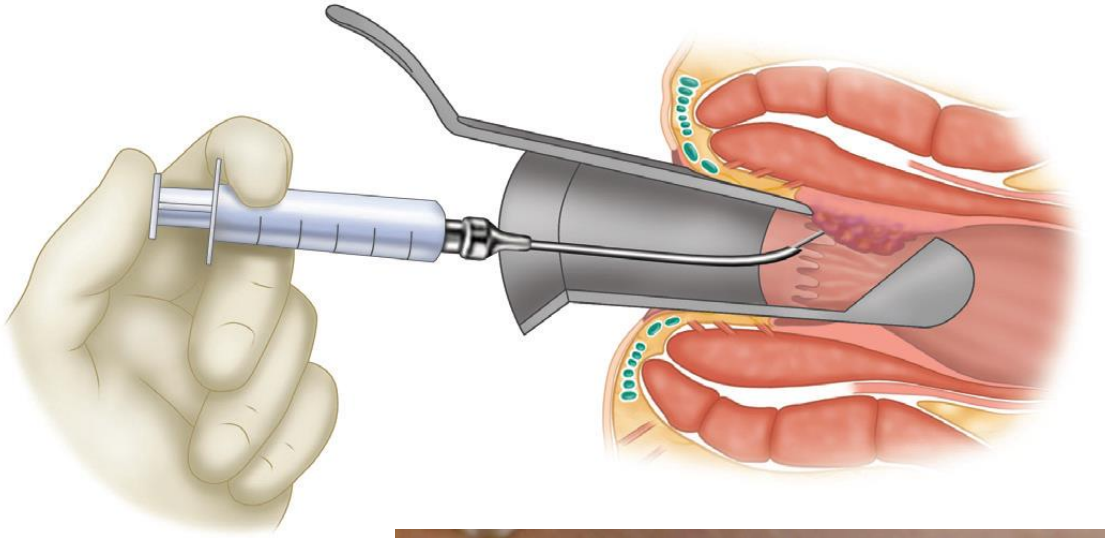

Pubo-rectal
Plexus hémorroïdaire interne
Ligne pectinée
Plexus hémorroïdaire externe
X
Couche longitudinale complexe
Ligament de Parks
Sphincter externe
Sphincter interne
Faisceau sous-cutané du sphincter externe

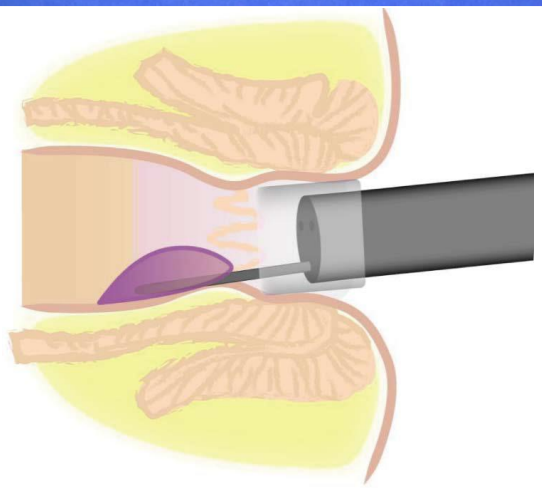
Photo coagulation infra-rouge



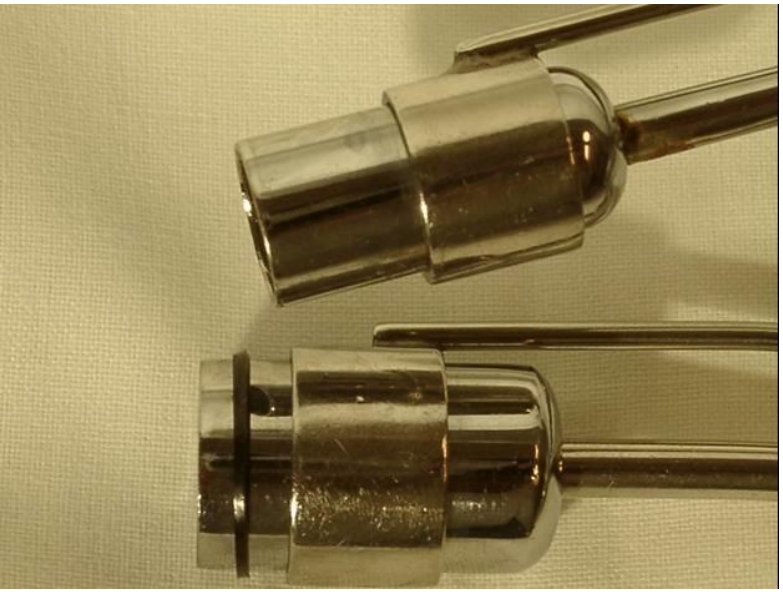


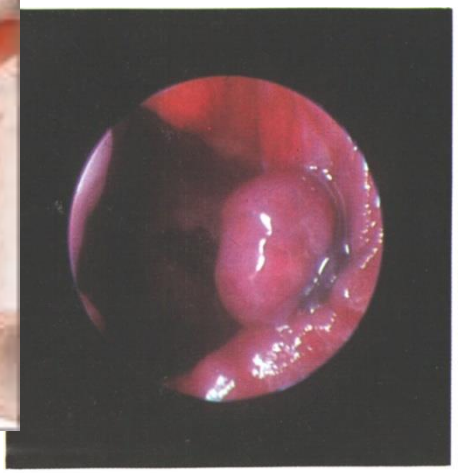


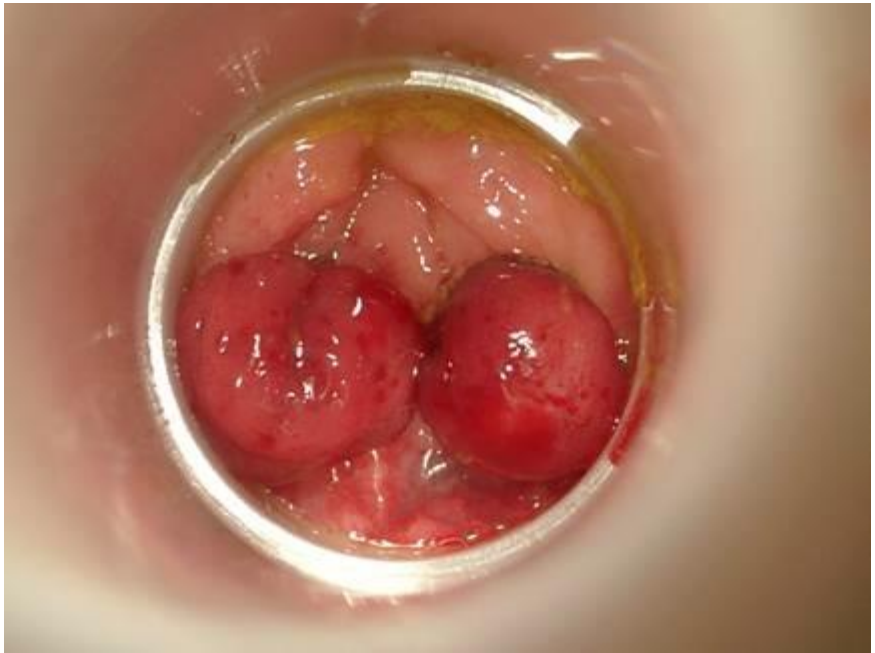




Ligature élastique







Quelles techniques utiliser en pratique?

- saignement Prédominant + petit prolapsus

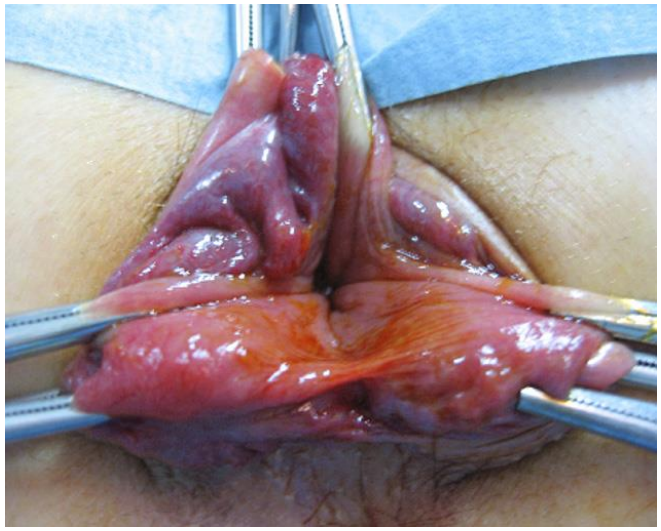
→ Privilégier infrarouge

- Prolapsus prédominant +/- saignement

→ Privilégier ligature

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- 10% des pathologies hémorroïdaires requièrent de la chirurgie.



- Chirurgie en 1ere ligne si:
- Prolapsus grade IV.
- Pathologie hémorroïdaire associée a un autre pathologie anale imposant une chirurgie(fissure anale).
- Maladie hémorroïdaire anémique
- Echec du traitement medico-instrumental.

CONCLUSION

- Un saignement nécessite toujours une exploration
- **JAMAIS TRAITER UN ANUS SANS L'EXAMINER**
- Le traitement des hémorroïdes est un traitement de confort ,doit être réservé aux formes symptomatiques.
- Les traitements médicamenteux sont efficaces dans la crise hémorroïdaire.
- Les procédés instrumentaux et chirurgicaux constituent le traitement de fond de la maladie hémorroïdaire interne.